UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1910 — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE
DANS LES SUITES DE COUCHES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Novembre 1910

PAR

Marcel ROUGÉ

Né à Blida le 8 Décembre 1887

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale, *Président.*
SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie et de parasitologie.
CRESPIN, professeur d'hygiène et de médecine légale. } *Juges.*
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE
30, Rue Sadi-Carnot

1910

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0091

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1910 — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE
DANS LES SUITES DE COUCHES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Novembre 1910

ACAD. D'ALGER
BIBL.

PAR

Marcel ROUGÉ

Né à Blida le 8 Décembre 1887

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale, *Président.*
SOULIÉ, professeur de pathologie générale, microbiologie et de parasitologie.
CRESPIN, professeur d'hygiène et de médecine légale.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges.*

ALGER
IMPRIMERIE ALGÉRIENNE
30, Rue Sadi-Carnot

1910

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

PERSONNEL

DOYEN	MM.	CURTILLET (I. ✠).
ASSESSEUR		VINCENT (I. ✠).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (A. ✠).
Anatomie pathologique et histologie		N...
Physiologie		REY (I. ✠).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✠).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✻ I. ✠).
Clinique des maladies des enfants		CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻ I. ✠).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✠).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✠ ✠).
Physique médicale et biologique		GUILLEMIN (✻ I. ✠).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale		TRABUT (✻ I. ✠ MA. O ✠)
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie		SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de cliniques internes		GILLOT (A. ✠). N...
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✠). FUSTER.
Chaire d'histoire naturelle		N...
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✠).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

M. ROUGÉ.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

M. ROUGÉ.

À MONSEIGNEUR PIQUEMAL

ÉVÊQUE DE THAGORA

À MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. ROUVIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui me fit l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

M. ROUGÉ.

À MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MONSIEUR LE DOCTEUR BENHAMOU

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

(Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse).

M. ROUGÉ.

DE LA FREQUENCE

DE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

EN CLINIQUE

DE LA FRÉQUENCE, DE L'IMPORTANCE

DE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

DANS LES SUITES DE COUCHES

L'entéro-colite muco-membraneuse occupe aujourd'hui une place importante en clinique. Depuis quelques années, elle a été mise en lumière par de multiples travaux. C'est ainsi que G. Lyon, Combe, Izoare, Trémolières, Jouaust ont, tour à tour, publié une série de monographies remarquables.

Aussi, la fréquence de l'entéro-colite muco-membraneuse n'est-elle plus discutée. La symptomatologie de l'affection semble assez caractéristique pour être admise par tous.

Mais là où les discussions surgissent, là où l'accord ne se fait plus, c'est quand on étudie les causes et la nature même de la maladie.

Etiologie et Pathogénie

L'entéro-colite muco-membraneuse est surtout fréquente de 20 et 30 ans. Elle se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme, plus souvent aussi à la ville qu'à la campagne.

Les malades atteints sont de souche arthritique ou sont eux-mêmes des arthritiques.

Pour les uns, l'entéro-colite est une infection, pour les autres, c'est «une manifestation intestinale d'un état névropathique général, (G. Lyon).»

En faveur de la théorie des premiers on peut invoquer les modifications de la flore intestinale : apparition de microbes anormaux anaérobies (microbes de la putréfaction). Nous n'avons pas pu faire des recherches à ce sujet. Nous citerons la statistique faite par le Dr Amann sur 350 analyses de matières fécales chez des entéritiques.

Dans les selles de ces 350 malades le Dr Amann a trouvé :

Enterocoque de Thiercelin	78 p. 100
Bacillus subtilis	76 p. 100
Bacillus coli communis	58 p. 100
Bacillus fluorescens	54 p. 100
Proteus vulgaris	47 p. 100
Bacillus acidophilus	24 p. 100
Bacillus putrificus	22 p. 100
Coccobocillus anaer	11 p. 100

Donc, diminution du coli-bacille et présence de microbes anaérobies anormaux.

En faveur de la théorie purement nerveuse de l'entéro-colite, on peut invoquer l'absence de toute lésion de la muqueuse intestinale (autopsie faite par Rothmann), et l'absence de tout microbe dans la profondeur des membranes.

D'autres cliniciens ont établi les relations qui existaient entre l'entéro-colite et les lésions des

organes abdominaux. Ils en ont fait un syndrome réflexe.

Enfin, la théorie nouvelle de Roger fait de l'entéro-colite muco-membraneuse un simple syndrome. Pour lui, l'hypersécrétion de mucus intestinal est un phénomène banal, pouvant se produire dans les conditions les plus diverses. Mais comment expliquer la formation de fausses membranes ? Pour ce faire, Roger admet l'existence d'un ferment qu'il appelle «mucinase» et qui coagule la mucine en solution dans l'eau. Ce ferment existe dans les matières expulsées par les entéritiques. Toutefois, la mucinase n'a pour ainsi dire pas d'action sur le mucus en présence de la bile.

La bile contient donc des substances s'opposant à l'action du ferment.

Nul part nous n'avons vu signalées les relations qui existent entre l'entéro-colite muco-membraneuse et les suites normales des couches. Nous allons essayer de démontrer l'importance et la fréquence de la colite dans le post-partum et le post-abortum.

Cette fréquence, si l'on admet la théorie de Roger, ne serait-elle pas dûe à ce que toute femme, arrivant au terme de la grossesse, a un foie fatigué, surmené et fait souvent de l'insuffisance hépatique ?

La bile n'existant plus en assez grande quantité ne s'opposerait pas à l'action de la mucinase sur le mucus ; la sécrétion de ce mucus pouvant être dûe à une cause quelconque : troubles gastriques, séjour prolongé des matières fécales dans l'intestin, etc...

Au cours de nos études, nous avons souvent observé des cas d'entéro-colite muco-membraneuse ; et quand nous interrogions attentivement les femmes porteurs de ces manifestations

morbides, nous apprenions que la colite était souvent survenue pour la première fois dans les suites de couches.

Quand cette colite, cette myxorrhée (Roger) n'était pas survenue pour la première fois dans les suites de couches, elle semblait avoir pris un regain d'acuité dans ces suites de couches. De là l'idée d'observer attentivement les malades dans le post-partum et le post-abortum. Et de cette observation attentive, il est résulté cette conclusion que : non seulement l'entéro-colite muco-membraneuse était relativement fréquente, mais encore qu'elle pouvait souvent passer inaperçue soit qu'elle se présentât sous une forme bruyante, mais bénigne, au point d'être prise pour une simple tranchée utérine, soit qu'elle se présentât sous une forme sévère au point de masquer sa nature même et de revêtir l'allure dramatique d'une infection puerpérale, d'une septicémie.

Nous avons pensé qu'il y avait là tout un groupe de faits capables de jeter un peu de lumière sur l'étiologie et la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Nous avons pensé que nous pourrions ainsi apporter une contribution à l'étude de ce syndrome et que des conséquences utiles en pourraient découler au point de vue de la prophylaxie et du traitement.

Nous décrirons donc les formes cliniques de l'entéro-colite muco-membraneuse. Nous étudierons ensuite l'évolution et le pronostic de ces formes cliniques. Enfin, nous dirons quelques mots du traitement que nous avons employé.

LES FORMES CLINIQUES

DE

l'Entéro-Colite Muco-Membraneuse

LES FORMES CLINIQUES
DE
L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

L'entéro-colite muco-membraneuse est un complexus symptomatique caractérisé essentiellement par une constipation opiniâtre, par la présence dans les selles de mucus que l'on peut rencontrer sous forme de glaires ou de membranes rubanées ou tubulées, et par des phénomènes douloureux.

Symptomatologie

Le symptôme le plus constant est *la constipation*. Les matières sont sèches. Il y a retention stercorale. Dans les cas bénins la constipation est intermittente.

Elle peut être interrompue par crises diarrhéiques. Les selles ont une odeur infecte.

La présence de mucus dans les matières expulsées est le symptôme fondamental. Ce mucus peut revêtir plusieurs formes : mousse, glaires, membranes.

La douleur est constante. Elle ne se produit en général qu'au moment de l'expulsion des selles ou des mucosités.

Le ventre peut-être déprimé ou ballonné.

L'intestin est mou, flasque, ou dur, donnant la sensation d'une corde (corde colique de Glénard).

La langue est chargée, l'haleine fétide. On a noté de la ptose de tous les viscères.

Le système nerveux est très atteint : neurasthénie, insomnie, céphalée, douleurs, accidents convulsifs.

Quand l'entéro-colite procède par poussée aigüe ce qui frappe le plus, c'est une constipation plus opiniâtre et des douleurs paroxystiques localisées au caecum, aux angles coliques ou à l'Siliaque. La partie de l'intestin atteinte présente une consistance dure (intestin crayon). Le ventre peut être ballonné. Quelquefois on constate de la fièvre, des vomissements, un état général inquiétant.

On peut penser à tout, porter un pronostic sombre. A ce moment il faut regarder les selles, la présence de mucus ou de membranes éclairera le diagnostic.

Tel est l'aspect clinique de l'entéro-colite muco-membraneuse soit qu'elle procède par poussée aigüe ou chronique.

Cet aspect, on le retrouve dans les suites de couches, mais avec des variantes qui permettent de différencier nettement trois types cliniques :

1° Le type clinique banal qui ne permet pas le doute ; c'est la forme la moins intéressante.

2° Un deuxième type, intéressant celui-là, est constitué par l'entéro-colite simulant le syndrome tranchées utérines. C'est un type qui a besoin d'être recherché et qui passe inaperçu si on n'y pense pas.

3° Enfin, le troisième type est caractérisé par l'entéro-colite simulant le syndrome infection puerpérale.

TYPES CLINIQUES
DE
L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

I

Type classique, banal

Voici une accouchée, tout s'est bien passé pendant le travail, l'accouchement.

Le premier ,le deuxième jour, pas de fièvre, rien d'anormal. Mais le troisième jour quelquefois un peu plus tard, le sixième jour, la malade se plaint de douleurs violentes au niveau de l'abdomen en même temps qu'elle expulse des muco-membranes.

De deux choses, l'une : ou bien c'est une récidive, ou bien c'est une crise de première invasion.

Dans le premier cas, la malade nous avertit elle-même qu'elle fait une crise d'entérite. Elle en a déjà ressenti les symptômes et se rappelle avec netteté les crises antérieures.

En l'interrogeant et en l'examinant nous trouvons en effet. :

Une constipation plus opiniâtre que d'habitude, les digestions pénibles, l'appétit diminué. Le ventre est mou ou légèrement ballonné. L'intestin grêle présente une consistance pâteuse normale. Le gros intestin est plutôt dur, et, là où est localisée la douleur, il est tendu (intestin crayon). On trouve quelquefois de la fièvre, des vomissements. Enfin, la présence de glaires ou de muco-membranes dans les selles établit le diagnostic d'une façon certaine.

(Exemples ,les cas relatés dans les observations I, II, III, IV, V, VI, VII.

Pourquoi cette récidive, rien ne la laissait prévoir. Aucun trouble du côté du système nerveux. Aucune cause tangible ne nous a paru devoir être en jeu.

Qoiqu'il en soit, cette forme clinique d'entéro-colite à type classique est récidivante. Elle a été observée par nous dans un certain nombre de cas.

Mais elle peut survenir pour la première fois dans les suites de couches. Les observations que nous avons recueillies, sont extrêmement typiques.

Mme A... S... (observation IX), présente le quatrième jour de ses suites de couches, des douleurs violentes dans l'abdomen en même temps qu'elle expulse des glaires. L'état général n'est pas mauvais ; aucun appareil ne semble être touché et quand on examine la malade, on trouve tous les signes de l'entéro-colite muco-membraneuse (constipation ou diarrhée, présence dans les selles de glaires ou de muco-membranes).

Une autre de nos malades fait une crise de première invasion non pas dans les suites de couches, mais dans le post-abortum (observations XII et XIII).

Les signes sont les mêmes (constipation, douleurs, présence dans les selles de glaires ou de muco-membranes).

II

Type clinique simulant la tranchée utérine

Mais souvent l'entéro-colite muco-membraneuse passe inaperçue. Elle passe inaperçue à cause de la facilité avec laquelle on fait le diagnostic de tranchées utérines.

En effet, nous avons souvent été appelé auprès de malades qui souffraient du ventre ; et en raison de ces faits : suites de couches, pas de température, nous pensions à de simples tranchées utérines. Mais laudanum, viburnum, rien ne calmait la malade.

Pourtant, en l'examinant d'une façon attentive, nous trouvions au bout de quelques jours, dans les selles de notre malade, qui était constipée, des glaires ou des muco-membranes caractéristiques.

Au palper, l'utérus était normal, son involution se faisait bien ; mais nous trouvions un colon ascendant, transverse ou descendant, dur, contracturé, tendu.

Exemples les cas relatés dans les observations XVII, XVIII, et XIX.

C'est là une forme clinique qui demande à être cherchée ; en raison de la bégninité, de la violence des douleurs, on pense à tout, sauf à l'entéro-colite muco-membraneuse.

Mais l'inefficacité du traitement des tranchées, la continuité des douleurs, mettent sur la voie du diagnostic.

Voyez les matières et vous trouverez souvent la clef du diagnostic parfois très hésitant.

Ce type clinique peut-être une récidive. L'observation XVI nous en donne un cas très net.

Mais ce sont souvent aussi des crises de première invasion, ainsi que nous le montrent les observations XVII, XVIII et XIX.

III

Type clinique simulant l'infection puerpérale

Voici une autre accouchée dont l'état est grave. Au quatrième ou cinquième jour, elle a été prise de douleurs violentes dans le ventre. La température est élevée, le pouls est rapide. L'état général est mauvais. Les émonctoires fonctionnent mal : diarrhée ou constipation. Le tableau est sombre. Nous sommes tenté de penser qu'il s'agit d'une septicémie puerpérale.

Pourtant les lochies sont sans odeur. En étudiant de près notre malade, nous trouvons un utérus dont l'involution est normale, et tandis que l'involution continue, la température reste élevée, le pouls est rapide sans qu'on trouve l'explication de ce processus inquiétant. Nous examinons les selles et quel est notre étonnement d'y trouver des glaires ou des muco-membranes : tous les symptômes gravitent autour d'un complexus entéritique. Nous sommes en présence d'une crise d'entéro-colite muco-membraneuse avec auto-intoxication simulant l'infection puerpérale.

Lisez notre observation XXIII et vous serez frappé de la netteté de cette forme clinique.

Nous avons vu ce type, comme les précédents n'être qu'une récidive : témoin l'observation XX. Mais nous l'avons vu survenir plus souvent pour la première fois, dans le post-partum comme dans le post-abortum : témoins les observations XXI, XXII, XXIII.

OBSERVATIONS

Dues à l'obligeance de M. le Professeur Rouvier et de M. le Dr Benhamou.

OBSERVATION I

La nommée M... A..., âgée de 18 ans, entre à la maternité le 4 juin 1909. Elle accouche le 17 juillet. C'est une nerveuse, une émotive. Depuis son enfance elle a toujours été plus ou moins constipée avec des périodes de diarrhée. Au moment des périodes de diarrhée, elle éprouve de violentes coliques. Elle n'a jamais suivi de traitement : elle se purge quand elle est constipée et prend de l'élixir parégorique quand elle a de la diarrhée.

Depuis deux ans et pendant toute la durée de sa grossesse, la malade est constipée, mais n'a pas eu de crise douloureuse.

L'accouchement a lieu le 17 juillet 1909. Le 19, la malade n'a pas encore eu de garde-robe. Le 20, purgation à l'huile de ricin. Dans la nuit du 20 au 21, coliques très vives, douleurs très violentes. On administre un lavement laudanisé. Les jours suivants, diarrhée abondante et fétide. On constate la présence de glaires dans les selles. On prescrit la diète.

Trois jours après, dans la nuit, nouvelle crise plus douloureuse que la première. L'abdomen est sensible à la palpation. On sent le colon contracté formant une véritable corde. Pas de fièvre. Les douleurs sont calmées par un lavement laudanisé ; on donne de l'élixir parégorique.

Le lendemain, lavement d'huile d'olive. Expulsion de scybales mêlées à des glaires. Depuis ce moment on donne tous les matins un demi-verre d'huile d'olive, et on met la malade au régime lacto-végétarien.

Les selles deviennent régulières, les crises douloureuses ont disparu.

La malade quitte l'hôpital le 3 août, sans avoir eu de nouvelle crise.

OBSERVATION II

La nommée A... G..., âgée de 19 ans, entre à la maternité le 5 novembre 1909, et accouche le 16. Elle est de souche arthritique. Son père est obèse ; sa mère fait de la goutte. Cette malade a toujours été constipée. Elle a souvent des maux de tête violents.

Du 16 au 20 novembre, elle n'a pas eu de garde robe ; elle se plaint de maux de tête. Elle fait de la température (38°5 le soir). Toutefois les lochies sont normales, il n'y a pas d'infection uterine. Le 20, au matin, on donne 40 grammes d'huile de ricin. La malade expulse des matières dures, noiratus, excessivement fétides.

Le 22, la malade se plaint de colique violentes ; elle a de la diarrhée. Elle expulse en même temps que des scybales, des muco-membranes en grande quantité. On prescrit la diète et un lavement d'huile d'olive. Le lendemain, 23, constipation : nouveau lavement d'huile. Depuis, tous les matins à jeun, un verre d'huile d'olive. La malade va mieux ; les selles deviennent régulières.

Elle quitte l'hôpital le 3 décembre, sans avoir eu de nouvelle crise.

OBSERVATION III

La nommée C... C..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital le 1er décembre 1909 ; elle accouche le 17 du même mois.

La malade dit être habituellement constipée. Le 22 décembre, elle éprouve de violentes coliques ; elle n'est pas allée à la selle depuis son accouchement. A la palpation, le colon transverse est très dilaté et l'angle colique gauche très douloureux.

On donne un lavement purgatif ; expulsion de scybales et de muco-membranes. Le lendemain, purgation à l'huile de ricin ; puis, tous les jours, un verre d'huile d'olive à jeun.

Les selles deviennent régulières et la malade sort le 29 elle n'a plus souffert.

OBSERVATION IV

La nommée O... J..., âgée de 31 ans, entre à la maternité le 3 décembre 1909, et accouche le 12 du même mois. Cette femme est une grande multipare ; elle dit avoir eu des crises douloureuses au moment de chacun de ses accouchements.

Deux jours avant son dernier accouchement, le 10 décembre, la malade se plaint de violentes coliques, on lui donne de l'élixir parégorique et on fait mettre des compresses chaudes sur le ventre.

Le 14 décembre, la malade est constipée ; elle se plaint de douleurs sourdes dans le bas-ventre. On donne un lavement qui provoque une véritable débacle. On trouve, mêlées aux matières, des glaires en grande quantité. Cette débacle soulage la femme qui ne se plaint plus jusqu'au 20 décembre.

Ce jour-là, violente crise avec douleurs localisées au côté droit. Le ventre est ballonné ; la palpation en est difficile. Néanmoins on arrive à sentir un caecum gros, dilaté, dur et très douloureux. On ordonne des compresses laudanisées à placer sur le ventre et un lavement d'huile d'olive. Expulsion de scybales mêlées à des glaires.

Le 21, on fait un lavage intestinal au sérum physiologique, on fait, de la sorte, expulser une grande quantité de matières contenant surtout des scybales. On ordonne un verre d'huile d'olive à prendre tous les matins. La malade refuse d'avaler l'huile.

Le 4 janvier, nouvelle crise plus douloureuse que les précédentes. Le ventre est ballonné ; la malade a de violents maux de tête ; elle est constipée. Pas de température. On donne de l'élixir parégorique ; compresses laudanisées sur le ventre ; lavement d'huile d'olive. Diète. Expulsion avec les matières de membranes rubanées et minces. Le lendemain, purgation d'huile de ricin. La malade consent alors à prendre de l'huile d'olive ; on la met au régime lacto-végétarien.

Les selles deviennent régulières ; la femme ne souffre plus.

Elle sort le 15 janvier 1910.

OBSERVATION V

La nommée S... J..., âgée de 37 ans, entre à l'hôpital le 6 mars 1910 et accouche le 19 avril. Cette femme a fait plusieurs avortements. Le premier à 18 ans. A la suite de cette fauche-couche, elle a eu des crises d'entero-colite muco-membraneuse. Elle a suivi un traitement qui l'a soulagé. Mais après chaque avortement ou accouchement (elle a eu trois enfants), la malade subit de nouvelles crises d'entéro-colite avec tous les signes cliniques (présence de membranes dans les selles). Averti, nous soumettons avant son dernier accouchement (19 avril), la malade à un régime sévère et la condamnons au repos. Malgré cela, huit jours après l'accouchement, on constate une crise très légère d'entéro-colite muco-membraneuse, sans ascension thermique.

OBSERVATION VI

La nommée T... E..., âgée de 31 ans, entre à l'hôpital le 13 février 1910 et accouche le même jour. Elle a déjà eu quatre grossesses. Après son second accouchement, la malade a eu plusieurs crises d'entéro-colite muco-membraneuse pendant deux mois. Elle se soigne et tout rentre dans l'ordre. Après son 3e et son 4e accouchement, nouvelles crises.

Aussi la malade nous prévient-elle et craint-elle de nouvelles crises tellement les précédentes ont été douloureuses.

On met la malade au régime lacté, on combat la constipation et on ordonne le repos absolu.

Malgré celà, huit jours après ce dernier accouchement, violentes coliques avec expulsion de membranes mélangées aux selles. On fait de grands lavages intestinaux au sérum artificiel. Les douleurs se calment et la malade sort le 26 février.

OBSERVATION VII

La nommée L... C..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 13 décembre 1909 et accouche le même jour. Elle a déjà eu 10 grossesses. Huit jours après son dernier accouchement, il y a 18 mois, la malade a fait une crise d'entéro-colite muco-membraneuse. Depuis elle n'en a plus souffert. Le 16 décembre, notre femme fait une crise d'entéro-colite muco-membraneuse à type classique.

La malade est constipée, ses selles contiennent des scybales et des muco-membranes et les douleurs sont nettement localisées au côlon ascendant. Au palper on sent cette partie du côlon dure, tendue comme une corde. On fait un grand lavage intestinal au sérum artificiel.

La malade sort le 23 décembre 1909.

OBSERVATION VIII

La nommée J... R... R..., entre à la maternité le 20 octobre 1909 ; elle accouche le 8 novembre. La malade raconte avoir eu des « peurs » quand elle était jeune.

Après son accouchement, constipation opiniâtre. Le 15, la malade se plaint de douleurs violentes localisées à la fosse iliaque droite. A la palpation on sent son caecum dur, en tuyau de caoutchouc. Pas de température. On donne un lavement laudanisé. Peu après, une selle très pénible. Il y a du sang et des glaires mélangés aux matières. Le lendemain, 50 grammes d'huile de ricin. Puis, tous les jours, un verre d'huile d'olive à jeun.

La malade quitte l'hôpital le 22 novembre. Elle n'a plus eu de crise et les selles sont régulières.

OBSERVTION IX

La nommée A... S..., âgée de 17 ans, entre à la maternité le 5 novembre 1909, elle accouche le 9. Le 13, la malade se plaint de violentes coliques ; elle n'est pas constipée ; tout de même les selles sont pénibles et on y trouve des glaires. La palpation du ventre est facile ; on sent l'S iliaque dur, contracté. Lavement laudanisé. Le 14, on donne 40 grammes d'huile de ricin.

Le 16, nouvelle crise douloureuse, toujours pas de constipation. Un peu de cystalgie. Cataplasme laudanisé et lavement d'huile d'olive. Depuis, tous les matins, un verre d'huile d'olive à jeun.

La malade quitte l'hôpital le 24 novembre. Elle va bien.

OBSERVATION X

La nommée F... Ben S..., entre à la maternité au mois de juillet 1909 ; elle accouche le 22 août. C'est une indigène très difficile à interroger et qui ne donne aucun renseignement utile.

Trois jours après l'accouchement, violentes coliques avec diarrhée très fétide. Les selles contiennent des glaires. On met la malade à la diète et on donne de l'élixir parégorique ; puis, quelques jours après, on lui fait prendre tous les matins un verre d'huile d'olive.

La femme n'a plus de coliques, les selles sont régulières.

La malade sort le 9 septembre 1909.

OBSERVATION XI

La nommée E... S..., âgée de 31 ans, entre au Pavillon Tarnier, le 13 novembre 1909, avec le diagnostic de rétention placentaire. La malade est constipée, elle n'a pas de fièvre. Elle se plaint d'une douleur sourde, profonde dans tout le ventre. A l'examen, on ne trouve rien du côté utéro-annexiel.

On donne un lavement purgatif et tout semble rentrer dans l'ordre, lorsque quelques jours après, le 20, la femme est prise de violentes coliques. Le colon ascendant est dilaté et dur.

On donne de l'élixir parégorique et on fait mettre des compresses laudanisées sur le ventre. Depuis, tous les matins, on fait prendre un verre d'huile d'olive. La malade a une selle le 21, composée uniquement d'un amas de glaires et de muco-membranes. On fait un lavage intestinal et on voit expulser des scybales en très grande quantité. On continue l'huile d'olive et on met la malade au régime lacto-végétarien.

Les jours suivants la femme se sent soulagée, elle n'a plus de coliques, les selles deviennent régulières.

Elle quitte l'hôpital le 4 décembre 1909.

OBSERVATION XII

Dûe à l'obligeance de M. le Dr Benhamou

Madame C..., 22 ans, fait une fausse-couche de trois mois. Grosse hemorragie et pertes de sang persistantes. Quinze jours après, la malade fait une crise d'entéro-colite muco-membraneuse typique, sans réaction thermique avec coliques violentes et fausses membranes dans les selles.

C'est une nerveuse impressionnable.

OBSERVATION XIII

(*personnelle*)

Madame A... T...; 25 ans, est mariée depuis cinq ans. La première année de son mariage, cette femme fait une fausse-couche de trois mois. Depuis elle a eu plusieurs crises d'entéro-colite. Elle maigrit, devient de plus en plus nerveuse.

C'est une femme qui est obligée de se surveiller continuellement, car, au moindre écart de régime, une crise nouvelle éclate et la malade doit garder le lit. A ce moment on trouve dans les selles de grandes quantités de glaires. Nous traitons la malade pendant deux mois par de l'huile d'olive (un demi-verre tous les matins), des injections de sérum marin et un régime alimentaire approprié. A la fin de notre intérim, la malade va beaucoup mieux.

OBSERVATION XIV

Dûe à l'obligeance de M. le Dr Benhamou

Madame S... G..., 28 ans, a fait, il y a 7 ans, à la suite d'un post-partum pénible, nécessitant le séjour au lit de la malade, des crises d'entéro-colite muco-membraneuse. Elle est devenue une entéritique.

C'est une nerveuse impressionnable, et elle appartient à une famille d'arthritiques.

A l'examen, on trouve tous les signes cliniques de l'entéro-colite muco-membraneuse (douleurs abdominales, crises de diarrhée et de constipation, présence de membranes dans les selles).

OBSERVATION XV

La nommée G... L..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 26 avril 1910. Elle accouche le 5 mai.

Le 8 mai, coliques violentes avec crise d'entéro-colite muco-membraneuse à type classique. On fait un lavage intestinal à l'eau boullie. On met la malade au régime lacté et on lui donne du benzo-naphtol et de l'huile d'olive (un demi-verre à jeun tous les matins).

Le lendemain et le surlendemain, nouveaux lavages de l'intestin.

La malade sort de l'hôpital le 20 mai, sans avoir eu de nouvelle crise.

Cette femme a fait de l'entéro-colite il y a deux ans. Depuis, elle n'en avait plus souffert.

OBSERVATION XVI

La nommée C... M..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital le 24 janvier 1910 et accouche le même jour. C'est une quintipare. C'est une nerveuse, une émotive. Elle a eu plusieurs crises d'entéro-colite muco-membraneuse, il y a deux ans.

Quatre jours après son accouchement, la malade est prise de violentes coliques dans le bas-ventre, simulant complètement des tranchées utérines.

Il y a de la diarrhée, diarrhée qui est très fétide. En examinent les selles, on y trouve des glaires en grande quantité. Notre malade fait donc une crise d'entéro-colite.

On prescrit la diète et de l'huile d'olive (un demi-verre tous les matins).

Tout rentre dans l'ordre et la malade quitte l'hôpital huit jours après cette crise.

OBSERVATION XVII

La nommée M... A..., âgée de 17 ans, entre à la maternité le 5 janvier 1910 ; elle accouche le 31 janvier. C'est une nerveuse : elle a des moments de joie, puis, brusquement elle devient triste, « triste à mourir », dit-elle.

Le 2 février, la malade se plaint de fortes « tranchées » utérines ; elle est constipée ; le ventre est douloureux à la palpation. On donne un lavement purgatif.

Expulsion d'un paquet de muco-membranes.

Le 3 février, lavement d'huile d'olive.

Le 8 février, la malade est encore constipée, elle a quelques coliques. On donne un nouveau lavement purgatif. Expulsion de glaires mêlées aux matières.

Depuis, tous les matins, un verre d'huile d'olive à jeun et régime lacto-végétarien.

La malade quitte l'hôpital le 22 février. Les selles sont régulières.

OBSERVATION XVIII

La nommée S... C..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital le 22 février 1910, elle accouche le 19 avril. Huit jours après, la malade est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre, localisées plutôt à droite, avec constipation. On pense à des tranchées utérines. Mais, en examinant la garde-robe qui a suivi un lavement, on trouve des glaires en abondance. De plus, au palper, le caecum et le côlon ascendant sont durs, tendus. C'est donc une crise d'entéro-colite muco-membraneuse chez une malade plutôt nerveuse et qui n'a jamais présenté de phénomènes semblables. On met la malade à la diète et on lui donne tous les matins de l'huile d'olive. Tout rentre dans l'ordre et la malade sort le 30 avril.

OBSERVATION XIX

La nommée G... M..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital le 14 avril 1910 et accouche le même jour de deux jumeaux. Le 21 avril, la malade est prise de coliques violentes simulant la tranchée utérine. Elle a de la diarrhée. On examine les selles et on y découvre des mucomembranes accompagnant des scybales.

On fait un grand lavage intestinal à l'eau bouillie et tout rentre dans l'ordre. La femme n'a jamais eu d'entéro-colite. C'est donc une crise de première invasion post-partum.

La malade sort le 30 avril.

OBSERVATION XX

La nommée J... G..., âgée de 25 ans, entre le 13 avril 1909 au Pavillon Tarnier, pour un avortement de 3 mois.

Trois jours après, coliques excessivement douloureuses avec ascension thermique. Le ventre est ballonné, douloureux ; la palpation en est pour ainsi impossible. La malade est constipée. On pense à une pelvi-péritonite. On donne un lavement laudanisé. Expulsion de scybales et de glaires. Le lendemain, lavement d'huile d'olive ; nouvelle expulsion de scybales et de glaires. Depuis, tous les matins, un demi-verre d'huile d'olive à jeun. Régime lacto-végétarien. La fièvre tombe, et la malade quitte l'hôpital 10 jours après son entrée, sans avoir eu de nouvelle crise.

OBSERVATION XXI

La nommée L..., âgée de 18 ans, entre à l'hôpital le 1er février et accouche le 26 du même mois (forceps dans l'excavation).

Le 25 mars, la malade est prise de violentes coliques avec température (39°5) et un pouls à 120. Faciès grippé. On pense à quelque chose du côté de l'utérus.

Les lochies sont normales. l'involution de l'utérus se fait bien. Le lendemain, la malade ne va pas mieux, la température monte à 40° et le pouls à 130. On est inquiet. Comme la malade est constipée. on donne un lavement d'huile. Elle expulse, à notre grand étonnement, non pas des matières, mais un peloton de membranes enroulées. On fait aussitôt un grand lavage intestinal au sérum artificiel. La température tombe, les douleurs disparaissent. On met la malade à la diète hydrique pendant 24 heures. Notre femme sort le 10 mars. Elle va bien.

OBSERVATION XXII

La nommée L... A..., âgée de 40 ans, entre à la maternité le 23 avril 1910 et accouche deux jours après son entrée.

Le 29 avril, la malade est prise de violentes coliques. Elle est constipée.

La température monte à 38°5. On examine l'utérus ; on ne trouve rien.

On donne un lavement d'huile. La femme a une selle excessivement fétide, ne contenant presque pas de matières, mais un gros paquet de muco-membranes transparentes.

On fait un grand lavage de l'intestin à l'eau bouillie ; le lendemain on en fait un autre. La température tombe, les douleurs disparaissent.

La malade n'a jamais eu d'entéro-colite muco-membraneuses. C'est donc une crise de première invasion post-partum.

La femme sort le 11 mai 1910.

OBSERVATION XXIII

La nommée L... M..., âgée de 22 ans, entre au Pavillon Tarnier, le 12 avril 1910.

Elle a fait un avortement de deux mois dans les premiers jours de mars. Depuis une quinzaine de jours, elle a des pertes rougeâtres ; elle est fatiguée, elle a des douleurs dans le ventre et dans les reins ; elle vomit. A son arrivée, la malade souffre beaucoup, pouls 152, température 37°5. Ventre légèrement ballonné, très douloureux. Vomissements continus. Au palper il est impossible de délimiter exactement l'utérus à cause des douleurs que provoque l'examen. Au toucher, le col est fermé, très mobile, les culs de sac sont souples, libres. Pas de lochies. Faciès grippé. Etat général grave.

On fait des injections sous-cutanées de sparteine, caféïne, huile camphrée, électrargol.

14 avril. Même état général, la malade est constipée. Température 38°. Pouls 150. On fait un lavage intestinal à l'eau bouillie. Pas de résultat. On fait de l'électrargol et on met de la glace en permanence sur le ventre.

15 avril. Etat général toujours très grave. Pas d'émission de gaz ni de matières. Les culs de sac sont douloureux, mais libres. Les douleurs semblent vouloir se localiser à gauche. La malade vomit. Température 39°. Pouls 150. On décide de faire un nouveau lavage intestinal à l'eau bouillie. Quelle n'est pas notre surprise quand nous voyons, mêlées aux scybales expulsées, des muco-membranes en quantité considérable. Après ce lavage on donne un lavement d'huile.

16 avril. L'état général semble s'être un peu amélioré ; les vomissements sont moins fréquents, le ventre moins ballonné, les douleurs moins vives, cependant la température reste à 39° et le pouls à 140. On fait, dans la journée, deux nouveaux lavages de l'intestion et deux injections sous-cutanées de sérum artificiel de 500 cc. chacune.

La malade expulse encore des muco-membranes.

17 avril. La malade va mieux. Température 38°. Pouls 130. On trouve la femme moins inquiète. Le ventre s'affaisse ; les douleurs diminuent. Au palper on sent le colon

descendant volumineux, dur, tendu. Rien du côté des organes génitaux. Les vomissements ont presque disparu.

On fait encore deux grands lavages de l'intestin et une nouvelle injection de sérum artificiel.

Les jours suivants, le mieux s'accentue. La malade va à la selle spontanément ; elle expulse encore quelques glaires.

On soumet la malade à un régime sévère, on fait un lavage intestinal par jour, et des injections de sérum marin.

La malade sort de l'hôpital le 30 avril, contente.

Notre femme n'avait jamais eu auparavant, de crise d'entéro-colite muco-membraneuse.

DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL

Si nous résumons en quelques mots les caractères essentiels de l'entéro-colite muco-membraneuse dans les suites de couches, qu'elle se présente sous un quelconque des trois types que nous avons étudiés, le diagnostic repose sur la constatation des glaires ou des fausses membranes, des douleurs et des différents signes objectifs dont nous avons parlé.

Aussi, il y aura lieu de ne pas confondre l'entérite muco-membraneuse avec les maladies susceptibles de la simuler.

Les maladies qui peuvent donner le change, peuvent être caractérisées par plusieurs symptômes communs à elles et à la colite muco-membraneuse : douleurs abdominales, constipation, signes objectifs : les coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales simples ; l'appendicite, la péritonite, la fièvre typhoïde, le paludisme, l'infection puerpérale.

Mais l'absence des signes positifs de ces affections permet de faire le diagnostic.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Si les crises d'entéro-colite qui surviennent dans les suites de couches, s'arrêtaient là, elles n'auraient qu'une importance relative. Mais souvent une crise d'entéro-colite apparue pour la première fois dans les suites de couches, peut s'installer à demeure et tourmenter une malade toute une vie.

Etudions en détail l'évolution et le pronostic de chacune des formes cliniques.

I. Pour la crise d'entéro-colite à type classique, si elle est *récidive*, elle donne en quelque sorte un coup de jouet à l'affection et nous la voyons revenir avec plus d'intensité, avec plus de fréqeunce. Le pronostic n'est pas grave immédiatement, mais les troubles du système nerveux iront en s'accentuant devant la persistance du syndrôme entéritique.

Dans les formes de première invasion, l'évolution se prolonge généralement au-delà des suites de couches. Nous avons vu des malades (observations XIII, XIV) qui n'avaient pas eu d'entéro-colite avant les couches et qui en ont eu après les manifestations post-partum. Le traitement le plus suivi, le régime le plus sévère, Phombières, Châtel-Guyon, n'arrivent pas toujours à triompher de ce syndrôme.

Si le pronostic n'est pas grave immédiatement, il est sérieux puisqu'à la suite d'une crise d'entéro-colite, nous voici en présence d'un processus chronique qui ne va plus rétrocéder et qui va devenir le point de départ d'une neurasthénie latente ou qui va exagérer le nervosisme d'un sujet prédisposé.

Nous avons donc le devoir de faire des réser-

ves sur cette crise qui paraissait bégnigne et maintenant va devenir chronique.

II. Pour la crise d'entéro-colite simulant la tranchée utérine, l'évolution et le pronostic ne diffèrent pas de l'évolution et du pronostic de la forme précédente.

Là aussi, la *récidive* donne un coup de fouet à l'affection, et cette dernière va revenir avec plus d'intensité, avec plus de fréquence.

Si la crise est de «première invasion», elle va aussi se prolonger au-delà des suites de couches et devenir chronique.

Si nous ne soignons pas énergiquement les malades en faisant un diagnostic précis et précoce, nous nous exposons à voir l'entéro-colite s'installer définitivement et devenir le souci continuel de toute la vie de nos malades.

III. Dans le type simulant l'infection puerpérale, l'évolution et le pronostic sont un peu différents.

Ici, l'évolution peut être grave et le pronostic immédiat doit être réservé. En effet, la mort peut survenir par auto-intoxication, par cachexie, détrutition progressive.

L'affection peut se compliquer d'infection puerpérale vraie, d'où pronostic sombre.

Quand la malade guérit, il faut encore réserver le pronostic, car ici aussi à un processus aigü, va succéder un processus chronique.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF

Pour faire un traitement prophylactique de l'entéro-colite muco-membraneuse, il faudrait surtout en connaître les causes.

Or, chez nos malades, nous trouvons comme antécédents : le nervosisme, l'arthritisme et souvent le neuro-arthritisme.

Il faut donc faire le traitement prophylactique de ces diathèses.

Il faut interroger les malades pour savoir si elles ont eu des crises antérieures, si oui on devra surveiller le régime pour éviter de nouvelles crises.

En présence d'une crise confirmée que faire ?

Nous avons employé les grands lavages intestinaux, le sérum artificiel et l'huile à haute dose. Nous avons obtenu de bons résultats. L'huile est plutôt un traitement hépatique.

Comment agit-elle ? A-t-elle une action sur la mucinase (Roger) ?

Nous savons que la mucinase est un ferment qui coagule la mucine. Cette mucinase se trouve en grande quantité dans les matières expulsées par les entéritiques. Or, en présence de la bile, ce ferment n'a aucune action sur la mucine. Donc dans l'entéro-colite muco-membraneuse, il convient de stimuler le fonctionnement du foie et d'exciter la sécrétion biliaire.

C'est dans ce but que Nepper et Riva ont emplotyé l'extrait de fiel de bœuf. Ils donnent 1 gr. 50 d'extrait en cachets à poudre en trois fois aux repas.

Nepper et Riva ont vu souvent, après ce traitement, les douleurs s'apaiser et les fausses membranes disparaître.

CONCLUSIONS

I. L'entéro-colite muco-membraneuse est fréquente dans les suites de couches' fréquence qui paraît dûe à l'insuffisance hépatique liée à la grossesse.

II. Elle apparaît souvent pour la première fois et devient le point de départ d'une évolution chronique.

III. Elle demande souvent à être recherchée en raisons de la benignité des symptômes qui la simulent.

IV. Dans les formes graves, elle peut être confondue avec l'infection puerpérale.

V. Sa connaissance permet d'éviter des erreurs de diagnostic et de thérapeutique.

VI. Les grands lavages intestinaux, l'huile d'olive, le sérum artificiel et l'extrait de fiel de bœuf, en constituent le traitement.

Vu et accepté :
Le Président de la Thèse,
Signé : Dr ROUVIER.

Vu :
Le doyen,
Signé : Dr CURTILLET.

Lu, vu et permis d'imprimer.
Alger, le 21 novembre 1910.
Le Recteur de l'Académie,
Signé : ARDAILLON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De Lalaubie. — Contribution à l'étude des entérites muco-membraneuses, 1903.

Meessen. — Gazette de Gynéologie, Avril 1903.

De Langenhagen. — Colite muco-membraneuse, 1903.

Péropchaud. — Entéro-colite muco-membraneuse, 1903.

Giffard. — Entéro-colite muco-membraneuse, infantile, 1903.

Darousse. — Entéro-colite muco-membraneuse, 1903.

Robin. — La pathogénie et le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse, 1903.

F. Bernard. — Colite muco-membraneuse, 1902-03.

F. Bernard. — Goître exophtalmique et entéro-colite muco-membraneuse, 1903.

H. Reynès. — De l'entéro-colite muco-membraneuse, 1901.

Triol. — De l'entéro-colite muco-membraneuse au cours de l'appendicite, 1902.

Markel. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse et de son traitement, 1903.

Delherm. — Le traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite muco-membraneuse, 1903.

Mathieu. — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, 1900.

Ehrmann. — Des rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse, 1903.

Isaac fils. — De l'entéro-colite muco-membraneuse, 1900.

G. Lyon. — L'entéro-colite muco-membraneuse, 1900.

Froussard. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse, 1903.

Talamon. — Colique appendiculaire, 1900.

De Lalaubie. — Contribution à l'étude des entérites muco-membraneuses, 1903.

B. Schiassi. — Entéro-colite muco-membraneuse, 1900.

Roussel. — Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse par la dilatation forcée du sphincter anal, 1903.

Jouaust. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse, 1904.

De Langenhagen. — L'entéro-colite muco-membraneuse, 1900.

Froussard. — Du régime alimentaire dans l'entéro-colite muco-membraneuse, 1903.

Pessez. — Les eaux de Châtel-Guyon dans l'entérite muco-membraneuse, 1902.

Mazeran. — La constipation spasmodique, 1901.

Soupault et Jouaust. — Hypersécrétion glaireuse intestinale provoquée expérimentalement chez 3 lapins, 1903.

Soupault et Jouaust. — Pathogénie de l'entérite muco-membraneuse, 1904.

G. Lyon. — Pathogénie et traitement des névroses intestinales (en particulier de la colite ou entéro-névrose muco-membraneuse), 1904.

Trémolières. — Entéro-colite muco-membraneuse, 1906.

Trémolières. — Notes sur l'anatomie pathologique de l'entéro-colite muco-membraneuse, 1906.

Combe. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse, 1906.

Bosc. — Entéro-colite muco-membraneuse chez l'enfant, 1907.

Jouaust. — Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse, 1906.

G. H. Roger. — L'entérite muco-membraneuse in « Alimentation et digestion », 1907.

Nepper et Riva. — In « Alimentation et digestion ». De *Roger.* — Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse, 1907.

Jean-Charles Roux. — La colite muco-membraneuse, 1910.

G. H. Roger. — In Digestion et nutrition, 1910.

Imprimerie
Algérienne
30, r. Sadi-Carnot
Alger